

# TABLEAU DE GARANTIES

## ÎLE DE FRANCE MUTUELLE SANTÉ

Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2026

Régime général

TOTAUX y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	RÉGIME ÎLE DE FRANCE
<b>Soins courants</b>	
<b>Honoraires médicaux et paramédicaux</b>	
Consultation et visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR 100 % BR
Consultation et visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR 100 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR 125 % BR
Consultation et visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR 100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR 100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR 100 % BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prise en charge par la Sécurité sociale	60 % BR 100 % TM
<b>Analyses et examens</b>	
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR 100 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	70 % BR 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	60 % ou 70 % BR 100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues	60 % BR 100 % BR
<b>Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)</b>	
Médicaments à SMR important	65 % BR 100 % BR
Médicaments à SMR modéré	30 % BR 80 % BR
Médicaments à SMR faible	15 % BR 15 % BR
<i>SMR : Service Médical Rendu.</i>	
Médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, médicaments prescrits, figurant sur la liste des produits ayant une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), par année civile et par bénéficiaire <sup>(3)</sup>	Non pris en charge 25 € (y compris homéopathie)
<i>(3) Sur présentation de la prescription médicale.</i>	
Moyens de contraception non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans la limite par année civile et par bénéficiaire <sup>(4)</sup>	Certains moyens de contraception sont pris en charge et remboursés comme des médicaments 30 € contraception féminine et masculine
<i>(4) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>	
<b>Matériel médical</b>	
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BR 100 % BR
Prothèses mammaire ou capillaire sur prescription médicale par suite de cancer et chimiothérapie	100 % BR 200 €
<b>Aides auditives</b>	
La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Un équipement est composé d'un appareil par oreille.	
<b>Équipements 100% Santé (Classe 1) <sup>(7)</sup></b>	
Adulte (Bénéficiaire de 20 ans ou plus) <sup>(7)</sup>	60 % BR 100 % PLV 400 €
Enfant (Bénéficiaire de moins de 20 ans) <sup>(7)</sup>	60 % BR 1 400 €
<b>Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du régime obligatoire.</b>	
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BR 100 % BR
<i>(7) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</i>	
<b>Autres postes</b>	
Frais de Transport	55 % BR 100 % BR
<b>Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale</b>	
Frais médicaux, de séjour et de transport	65 % BR 100 % BR

Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2026

Régime général

TOTAUX y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	RÉGIME ÎLE DE FRANCE
<b>Hospitalisation</b>	
<b>Hospitalisation chirurgicale et médicale (y compris maternité)</b>	
<b>Frais de séjour</b>	
dans un établissement conventionné	80 % BR
dans un établissement non conventionné	80 % BR
<b>Honoraires</b>	
Médecins adhérents à l'un des DPTAM	80 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTAM	80 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	Non pris en charge
<b>Forfait actes lourds</b>	Non pris en charge
<b>Forfait Patient Urgences</b>	Non pris en charge
<small>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle, - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</small>	
<b>Maternité</b>	
Forfait maternité (y compris en cas d'adoption) (la prestation est doublée en cas de naissance multiples) <sup>(1)</sup>	Non pris en charge
<small>(1) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</small>	
<b>Optique</b>	
<b>Verres et monture</b>	
<b>Équipements 100% Santé (classe A) <sup>(7) (9) (10)</sup></b>	60 % BR
<b>Verres et monture à tarifs libres (classe B) <sup>(7) (9) (10) (11)</sup></b>	60 % BR
Équipement avec verres simples y compris monture	50 €
Équipement avec verres complexes y compris monture	200 €
Équipement avec verres très complexes y compris monture	200 €
Équipement avec verre simple et verre complexe y compris monture	125 €
Équipement avec verre simple et verre très complexe y compris monture	125 €
Équipement avec verre complexe et verre très complexe y compris monture	200 €
Dont monture maximum	50 €
<b>Suppléments</b>	
Supplément verres avec filtres	60 %
<b>Verres équipement 100 % Santé</b>	
Appariage de verre d'indice de réfraction différent, verre avec filtre	60 %
Adaptation de la correction visuelle	60 %
<b>Hors verres équipement 100 % Santé</b>	
Adaptation de la correction visuelle	60 %
Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verre iséconique)	60 %
<b>Autres postes optique</b>	
Les lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	60 %
<small>(7) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (9) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (10) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100 % Santé ou Tarif libre). (11) - <b>Verres simples</b> : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - <b>Verres complexes</b> : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - <b>Verres très complexes</b> : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</small>	
<b>Dentaire</b>	
<b>Soins et prothèses 100% Santé <sup>(2)</sup></b>	60 % BR
<b>Soins (Hors 100% Santé) <sup>(2)</sup></b>	
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	60 % BR
Scellement par sillon sur une prémolaire	60 % BR
<b>Prothèses (Hors 100% Santé) <sup>(2)</sup></b>	
à tarifs limités	60 % BR

Prestations en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2026

Régime général

	TOTAUX y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)	
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	RÉGIME ÎLE DE FRANCE
<b>Dentaire (suite)</b>		
à tarifs libres	60 % BR	125 % Prothèses - 100 % inlay core
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR

Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle. (2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

<b>Prévention</b>		
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	65 % BR	100 % BR
Dépistage de l'hépatite B	65 % BR	100 % BR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum	70 % BR	100 % BR
Dépistage de l'ostéoporose non pris en charge par la Sécurité sociale, limité par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge	30 €
Dépistage de la drépanocytose non pris en charge par la Sécurité sociale		20 €
Médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin non pris en charge par la Sécurité sociale, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) par année civile et par bénéficiaire (8)		30 €
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus (Test HPV) en charge par la Sécurité sociale, dans la limite d'une prise en charge tous les 5 ans	100 % BR	100 % BR

(8) Prise en charge substitut nicotinique.

<b>Médecines non conventionnelles</b>		
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-après (4) (5)		
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, psychologue, homéopathe, microkinésie, pédicure, podologue, addictologue* dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire		
- de :	Non pris en charge	max 2 séances
- d'un forfait de :	Non pris en charge	30 €/Séance
Consultations diététiciens (4) (5) (6)	Non pris en charge	110 €/An

(4) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (5) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESSE et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné. (6) Prise en charge pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés. \* Prise en charge pour des consultations cognito-comportementales et des séances d'hypnose Ericksonienne.

<b>Harmonie Santé Services</b>		
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)	Oui	Oui

#### CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
  - déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la Sécurité sociale),
  - déduction des franchises médicales (visée à l'article L160-13 III du code de la Sécurité sociale).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (cotés DE par les professionnels de santé) ne sont pas pris en charge.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.